



IMPRESSO ESPECIAL
8.74.02.0314-8 - DR/SPI
FCM / Unicamp
PODE SER ABERTO PELA EBCT

O primeiro diretor da FCM

O nome do professor Antonio Augusto de Almeida é pouco conhecido atualmente na Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, principalmente por aqueles que ingressaram após 1973.

Nascido em Oliveira-MG, em 8/3/1903, é filho de Manoel Werneck de Almeida e de Maria Carmelita Costa de Almeida. Casou-se com Maria Luiza Leal de Almeida, de cujo enlace deixou os filhos Olga e Gilberto. Em segundas núpcias, em 1938, matrimoniou-se com Maria Eugênia Costa de Almeida. Faleceu de infarto do miocárdio, em Campinas, em 11/4/1975.

Há poucas informações sobre a história de sua vida. Teve perdas importantes, como a do pai em tenra idade, sendo criado pela mãe. Em 1926, graduou-se médico pela Faculdade de Medicina de Belo Horizonte. Possivelmente, no primeiro ano desse curso, havia sido colega de classe do escritor mineiro Pedro Nava (1903-1984). Assim como o seu calouro, o futuro presidente Juscelino Kubitschek (1902-1976), precisou trabalhar de noite para poder formar-se.

Em virtude de uma carta de apresentação do renomado professor Santa Cecília, Almeida radicou-se em Campinas, em 1929, integrando o corpo de oftalmologistas do Instituto Penido Burnier. Cirurgião chefe, colaborou decisivamente para o crescimento físico e para a manutenção do grande conceito deste Instituto, no qual fundou o curso de Oftalmologia para estagiários assistentes, além de aí apresentar mais de uma centena de comunicações científicas.

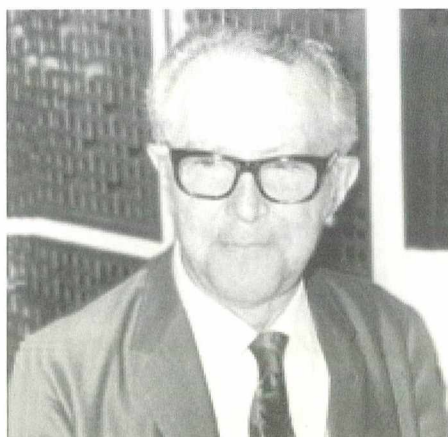
Em 1954, defendeu a livre-docência na área de Oftalmologia, pela USP de São Paulo, apresentando tese de título "A esclerotomia posterior no descolamento da retina". Até o ano do seu ingresso na Unicamp, publicou cerca de 40 trabalhos científicos e foi membro atuante de inúmeras associações médicas nacionais e internacionais.

Ligação com a FCM

Juntamente com outras pessoas influentes da sociedade campineira, Almeida foi um dos médicos que elaboraram o documento a favor da instalação da Faculdade de Medicina, texto enviado ao governador Carvalho Pinto, em 1961.

Ele foi admitido na Unicamp, em regime de tempo parcial, em 1/3/1963, situação contratual que somente foi regularizada em 29/4/1964, para a disciplina de Oftalmologia, da qual se tornou titular. Foi o primeiro diretor da FCM, dirigindo-a até 1969. A primeira turma reconheceu o seu empenho e contribuições, escolhendo-o para parainfo.

Juntamente com Zeferino Vaz e Paulo Gomes Romeu, foi membro da Comissão Inicial da Organização da Universidade. De 12/8/1969 a 30/5/1973, foi o primeiro coordenador geral das Faculdades da Unicamp. Aposentou-se, compulsoriamente, em 1973, mas ainda continuou colaborando, tornando-se professor emérito.



Unicamp/SIARQ/Arquivo Central - Coleção Antonio Augusto de Almeida.

Antonio Augusto de Almeida, juntamente com Zeferino Vaz e Paulo Gomes Romeu, integrou a comissão da fundação da Unicamp.

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA,
FCM, UNICAMP

NESTA EDIÇÃO:

Controvérsias no tratamento da asma na infância: a contribuição dos estudos de fase IV

VEJA TAMBÉM: Diretrizes para terapia adjuvante e prognóstico do melanoma cutâneo (MC)

Aconselhamento genético em saúde pública: um benefício ou invasão de privacidade?

Interdisciplinaridade: um novo olhar perante a queixa do paciente

Especialistas e leigos em saúde

Controvérsias no tratamento da asma na infância: a contribuição dos estudos de fase IV

Com a expectativa de controlar da melhor forma possível a asma, muitos esforços foram realizados para encontrar um medicamento ou grupo de medicamentos para combater a obstrução das vias aéreas, causada pela contração da musculatura lisa e a inflamação.

Nas últimas décadas, muitos progressos foram obtidos no entendimento da fisiopatologia e no manejo da asma na infância e adolescência. Seguramente, quatro paradigmas foram confirmados e muito divulgados:

- 1) que a asma tem prevalência elevada e que está aumentando;
- 2) que se apresenta clínica e funcionalmente como vários fenótipos com gravidades diferentes;
- 3) que o componente inflamatório, que resulta em obstrução das vias aéreas, é muito importante e que
- 4) a inflamação pode causar alterações permanentes nas estruturas pulmonares (remodelamento).

Com a expectativa de controlar da melhor forma possível a asma, muitos esforços foram realizados para encontrar um medicamento ou grupo de medicamentos para combater a obstrução das vias aéreas, causada pela contração da musculatura lisa e a inflamação.

O otimismo foi primeiramente alcançado com os estudos que evidenciaram o poder antiinflamatório dos corticóides inalatórios (CI) e, a partir de 1990, com o desenvolvimento dos broncodilatadores beta agonistas (formoterol e salmeterol) de longa ação, do inglês "Long Acting Beta 2 agonists" (LABA), em propiciar um tempo de cerca de até 12 horas de broncodilatação.

Inicialmente, verificou-se que os LABA, quando utilizados como monoterapia, causavam broncodilatação e broncoproteção, mas que possuíam mínimos ou nenhum efeito antiinflamatório. Posteriormente, com a procura para se obter um resultado máximo de desobstrução das vias aéreas, constatou-se um efeito sinérgico entre os LABA e os CI.

Em adultos, o uso de medicamentos contendo LABA e CI tem demonstrado eficácia e evidenciou-se que a combinação de CI + LABA:

- a) produzia melhor controle da asma do que apenas o uso dos CI;
- b) produzia melhor controle da asma com menor número de exacerbações, melhora da função pulmonar, e melhor controle dos sintomas clínicos do que o aumento isolado na dose diária do CI;
- c) estaria indicada nos asmáticos com asma persistente moderada e grave.

O entusiasmo levou alguns grupos de pesquisadores e *guidelines* a sugerirem a utilização da combinação CI+LABA para todos os pacientes com asma persistente, inclusive crianças, extrapolando resultados adquiridos nos estudos dos adultos.

Conseqüentemente, o número de prescrições de CI isolado diminuiu significativamente e o da combinação CI+LABA aumentou proporcionalmente como pode ser visto em crianças de países do norte da Europa¹.

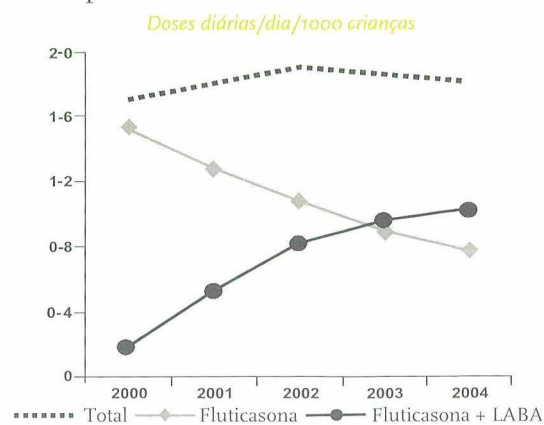


Figura 1. Fonte: Hans Bisgaard, Stan Szeffler Lancet 2006.

O que recomendam os "guidelines"?

*Gina*²: Se necessário os LABAs devem ser utilizados para a asma persistente moderada depois de não responder aos CI.

*British Thoracic Society (BTS) guidelines*³: sugere que os LABA devem ser adicionados aos asmáticos que não controlarem seus sintomas com CI.

O *US National Institutes for Health*⁴: sugere que os LABA devem ser utilizados como adjunto à terapia antiinflamatória para produzir um controle dos sintomas por tempo prolongado, especialmente os noturnos e prevenir a asma induzida por exercício.

Todos recomendavam as associações para indivíduos maiores de 12 anos de idade. A partir do ano 2000, a comunidade científica internacional começou a se preocupar com a falta de estudos controlados sobre a segurança da associação LABA + CI em crianças e com os resultados dos estudos de fase IV, realizados em adultos para elucidar a segurança, efetividade e eficácia da associação LABA + CI.

Esse será o tema do Boletim de fevereiro, quando discutiremos o surgimento de numerosos trabalhos que evidenciavam que a associação de LABA + CI era eficaz no manejo da asma persistente.

Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

PROFESSOR-ASSISTENTE DO DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, FCM, UNICAMP

1. Hans B, Stan S. Long-acting β_2 agonists and paediatric asthma. *The Lancet* 2006; 367 (28): 286-8/January 28, 286-288.

2. Global Initiative for Asthma (GINA) Global Strategy for Asthma Management and Prevention NHLBI/WHO Workshop Report.

3. NIH Publication No. 02-3659, 2002; British Thoracic Society Thorax 2003;58 (suppl 1):iii94.

4. National Institutes of Health Guidelines for Diagnosis and Management of Asthma NIH Publication 1997: 97.4051.

Diretrizes para terapia adjuvante e prognóstico do melanoma cutâneo (MC)

Conforme dito da edição anterior do Boletim da FCM, o melanoma cutâneo (MC) representa 6% dos tumores de pele, com incidência crescente de aproximadamente 70 mil casos novos por ano na população mundial.^{1(D)} Por se tratar de tumor agressivo, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado constituem as melhores armas terapêuticas para seu controle. A terapia adjuvante e prognóstico do MC é muito controversa.

Na presença de metástases à distância, alguns estudos recomendam^{5(D)} o uso do interferon alfa 2b em altas doses, porém a sobrevida não tem se mostrado alterada. A utilização da radioterapia nos leitos cirúrgicos acometidos por linfonodos positivos também é controversa em virtude de o tumor ser resistente a esta terapia. Os casos devem ser individualizados.^{5(D)}

Apesar de agressivo, quando diagnosticado precocemente e tratado adequadamente, o melanoma tem bons índices de controle locorregional. Os piores prognósticos para os tumores primários são ulceração e espessura da lesão.^{1(D)} Para tumores avançados, com presença de metástase à distância, o prognóstico é bastante ruim com sobrevida muito baixa.^{1,2(D)}

Proteção solar

A proteção ao sol deve ser estimulada pela classe médica, principalmente àqueles indivíduos classificados como “grupo de risco”, já citados anteriormente. A vestimenta ideal é aquela que possa trazer conforto a quem a usa e tenha um estilo moderno para que o indivíduo seja estimulado a usá-la. Chapéu de aba larga, roupa composta por tecido sintético tratado com absorvedores de raios ultravioleta, que permita a saída e a evaporação do suor não retendo umidade, que tenha maior cobertura possível da pele e com cor escura (para não refletir luz solar) deve ser considerada a ideal.^{5(D)}

O uso de protetor solar deve ser estimulado. Cada pele tem sua característica e deve-se usar o fator de protetor solar (FPS)* específico a ela. Os melhores protetores solares bloqueiam tanto os raios UVB, que queimam a pele, quanto os raios UVA, que podem danificar a pele sem causar queimadura. A maioria dos protetores solares contém material químico orgânico que absorve a luz ultravioleta, ou material opaco que reflete a luz, ou ainda a combinação de ambos.^{6(D)}

* O FPS é uma medida laboratorial da sua eficiência. Quanto maior for o FPS, maior será a proteção oferecida pelo bloqueador solar contra os raios ultravioletas.

Tabela do fator de proteção x bloqueio dos raios ultravioletas:

FPS	Bloqueio de raios ultravioletas
1,0	90,0%
2,0	95,0%
3,0	96,7%
6,0	98,3%



Nível de Evidência:

A, estudos experimentais e observacionais de melhor consistência; B, estudos experimentais e observacionais de menor consistência; C, relatos ou séries de casos; D, publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

Prof. Dr. Alfio José Tincani

Dr. André Del Negro

DISCIPLINA DE CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO;

DEPTO. DE CIRURGIA, FCM, UNICAMP

A proteção ao sol deve ser estimulada pela classe médica, principalmente àqueles indivíduos classificados como “grupo de risco” (...)

1. Balch CM, Buzaid AC, Soong SJ et al. Final version of the American Joint Committee on cancer staging system for cutaneous melanoma. *J Clin Oncol* 2001; Aug 15;19(16):3635-48.

2. Breslow A. Tumor thickness, level of invasion and node dissection in stage I cutaneous melanoma. *Ann Surg* 1975; 182:572-5.

3. Clark W H Jr. The histogenesis and biological behavior of primary human malignant melanoma of the skin. *Cancer Research* 1969; 29:705-27.

4. McMasters KM, Reintgen DS, Ross MI et al. Sentinel lymph node biopsy for melanoma: controversy despite widespread agreement. *J Clin Oncol* 2001; 19(11):2851-5.

5. http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/melanoma.pdf

6. <http://www.inmetro.gov.br/consumidor/produtos/protetorsolar.asp>

Aconselhamento genético em saúde pública: um benefício ou invasão de privacidade?

O aconselhamento genético tem, portanto, objetivos primordialmente assistenciais e educacionais, podendo ter ou não conseqüências preventivas ou eugênicas.

Poucos procedimentos tiveram a sua denominação traduzida literalmente do inglês de forma tão inadequada como o aconselhamento genético. “*Genetic counseling*” é uma derivação de “*psychological counseling*”, método não-diretivo usado pela escola psicológica rogeriana, bastante difundida nos Estados Unidos. A idéia é que o aconselhamento genético seja um aconselhamento não-diretivo sobre um risco genético.

Assim, criou-se o paradoxo em português de que o princípio fundamental do aconselhamento genético seja, justamente, não dar conselhos! O aconselhamento genético, na verdade, é um processo de comunicação que permite a indivíduos ou famílias a tomada de decisões conscientes, livres e psicologicamente equilibradas a respeito da procriação.¹

O aconselhamento genético tem, portanto, objetivos primordialmente assistenciais e educacionais, podendo ter ou não conseqüências preventivas ou eugênicas. Os indivíduos são conscientizados da situação, sem serem privados do seu direito de decisão reprodutiva. Assim, é importante que sejam discutidos vários outros aspectos, além do risco genético em si, tais como o tratamento disponível e a sua eficiência, o grau de sofrimento físico, mental e social imposto pela heredopatia e o potencial de integração do seu portador na comunidade, o prognóstico, a importância do diagnóstico precoce, as perspectivas terapêuticas futuras, etc.

Todo geneticista clínico conhece, pela sua formação, a não-diretividade do aconselhamento genético. Assim, enquanto este processo esteve restrito aos consultórios privados e aos ambulatórios universitários de genética clínica, praticamente não ocorriam problemas nessa área. Quando, no entanto, ele passou a ser aplicado em saúde pública, muitos outros profissionais não capacitados especificamente nesse

assunto passaram a entender o aconselhamento genético como um método capaz de diminuir a incidência de determinadas doenças genéticas na população, por meio do desencorajamento à procriação dos chamados “casais de risco”, geralmente compostos por dois heterozigotos de genes autossômicos recessivos.

Quando a Unicamp implantou, no Brasil, os primeiros programas de genética em saúde pública, o modelo de genética comunitária adotado foi o recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabelece a participação voluntária dos indivíduos em todos os processos, inclusive no aconselhamento genético e inclui a avaliação periódica, por meio de indicadores de viabilidade e eficiência, do grau de participação voluntária da população.² Foram criados programas para hemoglobinopatias estruturais, talassemias, deficiência de G-6-PD etc. Pela sua originalidade e, principalmente, pelo seu caráter ético, esses programas foram premiados pela Academia de Medicina de São Paulo.³

Com a criação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme portaria do Ministério da Saúde nº 822/2001, algumas alterações genéticas frequentes nas populações, como a anemia falciforme e outras hemoglobinopatias, passaram a ser triadas em grande parte do território nacional. O PNTN já está implantado em sua fase II em cerca de 12 estados brasileiros, onde são feitas triagens de fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito + anemia falciforme e outras hemoglobinopatias.

Ao lado do benefício inquestionável do diagnóstico precoce e tratamento das crianças afetadas, criou-se um novo problema quanto ao aconselhamento genético dos seus pais e esse assunto será tratado na próxima edição do Boletim, dando continuidade ao tema deste mês.

Prof. Dr. Antonio Sérgio Ramalho
DEPARTAMENTO DE GENÉTICA MÉDICA,
FCM, UNICAMP

1. Ramalho, A.S. Aconselhamento genético. In: Manual de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Falciformes (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, org.), Brasília: Ministério da Saúde; 2002, pp. 35-39.

2. Ramalho AS. Genética comunitária: uma alternativa oportuna e viável no Brasil. Bol Soc Bras Genet Clin; 2004;6:2-7.

3. Ramalho AS et al. Genética e saúde pública no Brasil. Os programas comunitários de hemoglobinopatias hereditárias. An Acad Nac Méd; 1996, 156:13-18.

Interdisciplinaridade: um novo olhar perante a queixa do paciente

Atualmente, a importância da interdisciplinaridade vem sendo discutida e abordada por diversos profissionais. No entanto, a efetividade deste trabalho é pouco observada nas relações multidisciplinares. O termo interdisciplinaridade envolve questões amplas dentre as diferentes áreas. Muitas vezes, profissionais afirmam atuar de forma interdisciplinar, mas, no entanto, o que se observa são práticas multidisciplinares. O ato interdisciplinar envolve relações profundas entre a equipe, mais do que simplesmente o conjunto de vários profissionais de diversas áreas e o alcance de objetivos comuns. A interdisciplinaridade configura-se quando há a interação entre duas ou mais disciplinas, havendo troca de informações, conhecimentos e transferência de métodos de uma disciplina para outra. A interdisciplinaridade é uma nova atitude diante da questão do conhecimento, de abertura à compreensão de aspectos aparentemente expressos e dos aspectos ocultos do ato de aprender, colocando-os em questão. A interdisciplinaridade é subsidiada pela metáfora do olhar, ou seja, favorece novas formas de aproximação da realidade social e novas leituras das dimensões socioculturais das comunidades humanas, principalmente no trabalho na área da saúde.

É referido que os profissionais que atuam na área de Saúde Pública têm como objeto concreto de trabalho a saúde e a doença no seu âmbito social e se deparam, portanto, com uma questão epistemológica crucial. Nenhuma disciplina por si só dá conta do objeto a que persegue, pois ele envolve, concomitantemente, as relações sociais e o social propriamente dito, as expressões emocionais e afetivas, assim como o biológico que, em última instância, traduz, por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos.

Na clínica-escola do curso de Fonoaudiologia, os pacientes passam por um processo de triagem fonoaudiológica com o objetivo de verificar a existência ou não de alterações fonoaudiológicas, antes de serem avaliados dentro de cada área (linguagem, audiologia, motricidade oral, entre outros). Nesse processo de triagem, atuam de forma interdisciplinar fonoaudiólogos e assistentes sociais.

O assistente social procura acolher o paciente e familiares ouvindo o motivo que o trouxe ao serviço, minimizando a ansiedade apresentada diante da situação de triagem. A partir da queixa apresentada, busca investigar e conhecer os recursos internos e externos que as famílias dispõem para lidar com a problemática e como estas se posicionam diante de uma nova realidade, perante a rede de relações sociais que possuem. Desta maneira, a classe social de origem da família, seu nível cultural, escolaridade e repertório lingüístico vão determinar o grau de entendimento da problemática e o quanto a família pode absorver das informações e orientações recebidas.

Já o fonoaudiólogo, por sua vez, ouve a queixa do paciente na íntegra, por meio de entrevista aberta e realiza avaliação de linguagem oral e escrita. A partir desses dados, por meio de encaminhamento, direciona o paciente, buscando respostas

que ajustem o problema trazido às diversas especialidades fonoaudiológicas.

Após a entrevista feita por ambos os profissionais, realiza-se uma reunião com os membros da equipe para discutir e definir as condutas necessárias. Normalmente, nessa fase, observa-se uma divergência entre as queixas trazidas aos dois especialistas, que discutem, de acordo com a sua vivência profissional, como cada um deles enfocou, em seus registros, as dificuldades trazidas pelos pacientes.

Um exemplo: 82% dos usuários da clínica-escola da FCM são de Campinas. Em 44% das queixas feitas durante a triagem, as alterações de fala entre 62% de meninos até 12 anos foram predominantes. Nos registros das queixas, observou-se uma maior porcentagem de compatibilidade dos profissionais de fonoaudiologia e serviço social. No entanto, em quase a metade dos casos, houve algum tipo de diferença entre esses registros, o que permite salientar a necessidade de se considerar as diversidades entre as visões dos profissionais.

No entanto, este fato deve ser encarado de forma positiva e natural, pois as queixas registradas devem ser vistas como complementares, o que permite uma conclusão mais abrangente da problemática envolvida; assim, o paciente será tratado em todos os âmbitos biopsicossociais.

Deve-se, portanto, ficar atento à importância de se despertar reflexões sobre a necessidade de incorporação de saberes e propostas de diferentes áreas do conhecimento à Fonoaudiologia, não como empréstimos ou aplicações, mas sim, como novas perspectivas que possibilitem uma reinterpretação crítica da área.

Profa. Dra. Zélia Zilda Bittencourt

Profa. Dra. Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima

CURSO DE FONOAUDIOLOGIA, CEPRE, FCM, IEL, UNICAMP

A interdisciplinaridade é subsidiada pela metáfora do olhar, ou seja, favorece novas formas de aproximação da realidade social e novas leituras das dimensões socioculturais das comunidades humanas, principalmente no trabalho na área da saúde.

Especialistas e leigos em saúde

Em sua expressiva maioria, os estudos sobre as doenças caminharam da análise das atitudes às experiências vivenciadas pelas pessoas.

Ludwik Fleck (1896-1961), médico e biólogo que também se dedicou aos estudos filosóficos e sociológicos, criou em 1935 o conceito de “pensamento coletivo”, a fim de entender a gênese e a transformação das idéias científicas, e dentre as suas idéias originais está a de que no interior desse “pensamento coletivo” há dois grupos: os que produzem o conhecimento “círculo esotérico” e, conectado a ele, um segundo grupo, o “círculo exotérico”, formado pelos “leigos educados”. Esta é uma situação que atravessa todas as formas de saber, mas na medicina é particularmente presente e importante. Tanto assim que historiadores, sociólogos e antropólogos dedicaram-se a estudar o que os “leigos” de forma geral, e não apenas aqueles que têm algum acesso ao conhecimento científico, sabem sobre saúde, doença, práticas médicas.

Em sua expressiva maioria, os estudos sobre as doenças caminharam da análise das atitudes às experiências vivenciadas pelas pessoas. Analisando 47 artigos da revista *Sociology of Health and Illness*, Pierret¹ assinala que essas experiências revelam significados, rupturas biográficas, narrativas, relações *self* e identidade, estratégias para o enfrentamento com o adoecimento. Mostra como têm ocorrido um deslocamento dos estudos da experiência centrada no paciente para a vivenciada pelo casal ou pelo grupo social mais próximo e que as pesquisas mostram em seus achados condicionantes importantes relacionados às classes sociais, ao gênero e aos grupos étnicos.

Avalia, porém, que há poucos estudos que consideram o papel das organizações de pacientes e o impacto da mídia nas concepções sobre a doença. De outro lado, tem havido um crescente interesse metodológico na utilização de autobiografias e entrevistas em profundidade, em estudos qualitativos, assim como de estudos quantitativos longitudinais para a abordagem de

amostras populacionais maiores, utilizando basicamente questionários. Estas abordagens não são estranhas aos estudos nacionais que têm trazido importantes contribuições para o conhecimento que o “leigo” constrói sobre doenças, quer sejam as crônicas, quer sejam as infecto-contagiosas. Sem dúvida, a subjetividade inerente às percepções e concepções sobre a doença encontra muitas formas de expressão e captá-las e compreendê-las pode contribuir fortemente para a ampliação do conhecimento biomédico.

Voltando a Fleck. Ao demarcar o círculo esotérico, dizia que sua forma de comunicação eram os periódicos técnico-científicos e livros de referência e o círculo exotérico servia-se dos periódicos de ciência popular e de divulgação e que a iniciação ao campo esotérico fazia-se por meio do manual básico. Hoje, com a presença da mídia e dos mais diversos modos de divulgação do conhecimento, os “leigos” têm cada vez mais possibilidades de acercamento do círculo esotérico e do que é “traduzido” pelos “leigos educados”, estreitando as linhas de comunicação entre os círculos; ocorre também ampliação das formas de comunicação do conhecimento que era quase exclusivamente transmitido pela tradição oral, mas ao mesmo tempo, muitas vezes anexando conhecimentos e tecnologias sem que realmente tenham compreensão do que são ou de como funcionam.

Em verdade, como diz Giddens, os sistemas de conhecimentos (*expert systems*) e seus elevados graus de esoterismos, diríamos, usando a linguagem fleckniana, revelam que todos somos, de alguma forma, leigos em muitas áreas. E isto não é estranho à medicina com seus complexos “sistemas de especialistas” e que se tornam, “pelo menos alguns deles, inalcançáveis ao médico comum”, como analisa Camargo Jr.²

Prof. Dr. Everardo Duarte Nunes

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL,
FCM, UNICAMP

1. Pierret J. The Illness Experience: State of Knowledge and Perspectives for Research. *Sociology of Health and Illness*, 2003; 25:5-22.

2. Camargo Jr. KR. Biomedicina, Saber & Ciências: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003, p. 152.

NOTAS

* Estudo desenvolvido em conjunto por pesquisadores do Instituto de Biologia (IB) e Instituto de Química (IQ) da Unicamp constatou a eficácia de cerâmica porosa, constituída por fosfato de cálcio, como alternativa aos enxertos ósseos autógenos. Os ensaios realizados *in vitro* e *in vivo* demonstraram que o material é biocompatível e permite a reconstrução óssea em padrões semelhantes aos obtidos por meio do procedimento convencional. “Os resultados são importantes, mas ainda vamos depender de estudos complementares até chegarmos aos testes em humanos”, afirma o professor José Ângelo Camilli, do IB, um dos coordenadores da pesquisa. A cerâmica de fosfato de cálcio em questão começou a ser desenvolvida durante um projeto de iniciação científica orientado pelo professor Celso Aparecido Bertran, do IQ. Nos ensaios *in vivo*, que contaram com a participação de Rosane Vieira da Silva, autora de uma tese de doutorado sobre o tema, os pesquisadores lançaram mão de testes em ratos. Inicialmente, os cientistas produziram três falhas nas calotas cranianas dos animais. Uma das falhas recebeu o enxerto autógeno, ou seja, foi preenchida com um pedaço de osso cedido pelo próprio indivíduo. A segunda recebeu a biocerâmica e a terceira não foi alvo de qualquer tratamento. “O que nós pudemos observar foi que o reparo das falhas ocorreu tanto naquelas que tiveram o enxerto autógeno quanto nas que receberam o implante da cerâmica de fosfato de cálcio. Já nas falhas que não receberam qualquer tratamento, a recomposição foi bem menor”, afirma o professor Camilli.

Tais resultados, conforme os cientistas, abrem perspectiva para que a biocerâmica venha a ser usada no futuro como uma opção aos enxertos autógenos. Uma das vantagens dessa substituição seria a dispensa de uma cirurgia adicional, visto que no procedimento convencional é preciso retirar uma fração óssea do esqueleto do paciente para obtenção do enxerto.

Mas até que a cerâmica de fosfato de cálcio seja testada em humanos, lembra o professor Bertran, será preciso empreender novos estudos em torno dela. Embora o material seja biocompatível e favoreça o reparo ósseo, ainda resta saber se ele, quando osseointegrado, oferecerá resistência mecânica adequada à área de enxertia. “Também temos de compreender melhor como se dá a integração do biomaterial com o tecido ósseo, uma vez que esse processo envolve uma série de reações. Em outras palavras, precisamos saber quais fatores governam essa adesão e de que forma a diferenciação celular caminha na direção esperada”, esclarece o docente do IQ.

* O Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM da Unicamp abre inscrições para 43 vagas de estágio para 2007 nas áreas de: Contribuições da Psicanálise para a Prática Psicopedagógica Clínica, Terapia Ocupacional, Saúde Mental do Adolescente, Psiquiatria Infantil, Tabagismo, Psicoterapia Psicanalítica, Psicologia Infantil, Psicologia na Enfermaria e Ambulatório de Psiquiatria e Dependência Química. Podem se candidatar aos estágios os profissionais da área da Saúde com graduação completa em psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, assistência social e enfermagem com experiência comprovada. Os estágios têm, em média, a duração de um

ano e não são remunerados. A seleção será feita mediante entrevista e análise de currículo.

As inscrições vão até 31 de janeiro de 2007 no Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, das 9h às 12h e das 14h às 16h, com Lilian. O telefone do Departamento é (19) 3521-7206 e o e-mail é psicurso@fcm.unicamp.br.

* Que a prática de exercícios físicos traz inúmeros benefícios para a saúde humana, ninguém discute. Um aspecto controverso, no entanto, é se a duração e intensidade dos exercícios contribuem para aumentar ou diminuir o apetite. Parece natural que a queima de energia leve a uma maior carência por alimentos. Entretanto, um estudo com roedores realizado pelo educador físico Marcelo Benedito da Silva Flores, mostrou que nos animais a sessão aguda de exercícios potencializa o efeito dos hormônios leptina e insulina no hipotálamo, órgão situado na região do sistema nervoso central e responsável pelo controle de funções como fome, sede e pressão arterial, entre outras. Marcelo Flores submeteu três grupos de ratos a seis horas de exercício de natação, com intervalo de 40 minutos. A seguir, o pesquisador aplicou salina em um grupo de animais, e os hormônios leptina e insulina no hipotálamo dos roedores do segundo grupo - o terceiro grupo era de controle e nada receberam. Os ratos que receberam hormônios apresentaram uma inibição na vontade de comer, em torno de 40% quando comparada ao grupo de controle. Esta inibição durou em média 12 horas, considerando o pico máximo de exercício. Segundo Flores, os resultados

indicam que o exercício físico interfere diretamente no hipotálamo e controle do apetite. Ele lembra que a leptina e a insulina são hormônios anorexigênicos (diminuem o apetite) e estão relacionados com o controle do peso corporal. Mas não se sabia que o exercício físico poderia potencializar o efeito dos hormônios, o que explicaria como sua prática contribui para o emagrecimento. Mesmo o pesquisador, no início do trabalho, não esperava encontrar esses resultados. No decorrer da pesquisa, Flores observou que o exercício gerava uma série de sinais metabólicos, hormonais e neuronais que chegavam até o cérebro. Dentre esses fatores, o estudo da interleucina 6 (IL-6), uma substância molecular pertencente à classe das citocinas, foi particularmente interessante por ser liberada pelo músculo em contração e ter interagido com as demais drogas administradas no hipotálamo dos animais, potencializando suas ações. Esta foi a chave da descoberta, pois significa dizer que o exercício físico modulou a ingestão alimentar. A dissertação de mestrado,

orientada pelo professor José Barreto Campello Carvalheira, teve grande repercussão no meio acadêmico e foi publicada em uma das mais importantes revistas científicas da área, a americana *Diabetes* (edição de setembro). O trabalho também foi selecionado para comunicação oral no Congresso da Associação Americana de Diabetes, no início do ano. Apesar da quebra de paradigma, ao trabalho de Marcelo Flores precisam ser somados outros estudos, visando saber, por exemplo, em que quantidade e intensidade de exercício se produziria o mesmo fenômeno em humanos. A experiência foi feita no cérebro de roedores, o que inviabilizaria o estudo nesta metodologia. Um primeiro passo já foi dado.

*O trabalho "*Occupational cancer epidemiologic research and population-based cancer registry*" de Nazira Mahayri, médica e coordenadora executiva do Registro de Câncer de Base Populacional de Campinas (RCBP) ligado ao Laboratório de Pesquisa Aplicada em Epidemiologia do Câncer do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM da Unicamp e do professor e pesquisador do mesmo Departamento, Djalma de C.

Moreira Filho, recebeu o prêmio de 2º melhor pôster durante o "28th Annual Meeting of the International Association of Cancer Registries", ocorrido, esse ano, em Goiânia, no período de 7 a 10 de novembro.

O "Annual Meeting of the International Association of Cancer Registries" acontece todos os anos em um país dos cinco continentes e é promovido, há 28 anos, pela International Association of Cancer Registries (IACR), International Agency for Research on Cancer (IARC) e World Health Organization (WHO). No ano passado, o encontro aconteceu em Uganda, na África. O próximo será em Ljubljana, na Slovenia.

*O professor Mário Mantovani, do Departamento de Cirurgia da FCM da Unicamp e responsável pelo Laboratório de Investigação em Cirurgia do Trauma foi eleito, por aclamação, durante o "VII Congresso da Sociedade Brasileira de Atendimento Integrado ao Traumatizado (SBAIT)", ocorrido de 8 a 11 de novembro de 2006 em Salvador, BA, como o novo presidente da SBAIT para o biênio 2007/2008.

Até o fechamento desse *Boletim*, novas teses, dissertações, palestras e eventos poderão ocorrer.

Confira a programação completa no site www.fcm.unicamp.br

EXPEDIENTE

REITOR

Prof. Dr. José Tadeu Jorge

VICE REITOR

Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa

Departamentos FCM

DIRETOR

Prof. Dr. José A. R. Gontijo

DIRETOR-ASSOCIADO

Prof. Dr. Gil Guerra Júnior

ANATOMIA PATOLÓGICA

Profª. Dra. Maria Letícia Cintra

ANESTESIOLOGIA

Profª. Dra. Glória M. B. Potério

CIRURGIA

Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo

CLÍNICA MÉDICA

Prof. Dr. Otávio Rizzi Coelho

ENFERMAGEM

Profª. Dra. Izilda Esmênia Muglia

FARMACOLOGIA

Prof. Dr. Stephen Hyslop

GENÉTICA MÉDICA

Profª. Dra. Antonia P. Marques de Faria

MEDICINA PREV. SOCIAL

Prof. Dr. Gastão Wagner de S. Campos

NEUROLOGIA

Prof. Dr. Fernando Cendes

OFTALMO/OTORRINO

Prof. Dr. Agrício Nubiato Crespo

ORTOPEDIA

Prof. Dr. João Batista de Miranda

PATOLOGIA CLÍNICA

Profª. Dra. Eliana Cotta de Faria

PEDIATRIA

Profª. Dra. Antonia Terezinha Tresoldi

PSIC. MÉDICA E PSQUIATRIA

Prof. Dr. Wolgrand A. Vilela

RADIOLOGIA

Profª. Dra. Irene H. K. Barcelos

TOC GINECOLOGIA

Prof. Dr. Luiz Guilherme Bahamondes

COORD. COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Profª. Dra. Iscia Terezinha Lopes Cendes

COORD. COMISSÃO EXTENSÃO E ASS. COMUNITÁRIOS

Prof. Dr. Roberto Teixeira Mendes

COORD. COMISSÃO ENS. RESIDÊNCIA MÉDICA

Prof. Dr. José Barreto Campello Carvalheira

COORD. COMISSÃO ENS. GRADUAÇÃO MEDICINA

Profª. Dra. Angélica M. B. Zeferino

COORD. DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FONOAUDILOGIA

Profª. Dra. Maria Francisca Colella dos Santos

COORD. DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas

COORD. DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

Profª. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

COORD. COMISSÃO DE APRIMORAMENTO

Profª. Dra. Lise Roy

COORD. CÂMARA DE PESQUISA

Profª. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

COORD. DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO EM PEDIATRIA (CIPEP)

Profª. Dra. Maria Marluce dos S. Vilela

COORD. NÚCLEO DE MEDICINA E CIRURGIA EXPERIMENTAL

Profª. Dra. Sara Teresinha Olalla Saad

PRESIDENTE DA COMISSÃO DO CORPO DOCENTE

Profª. Dra. Andrea Trevas Maciel Guerra

COORD. DO CENTRO ESTUDOS PESQUISA EM REABILITAÇÃO (CEPRE)

Profª. Dra. Rita de Cássia I. Montilha

COORD. DO CENTRO DE CONTROLE DE INTOXICAÇÃO (CCI)

Prof. Dr. Eduardo Melo Capitani

ASSISTENTE TÉCNICO DE UNIDADE (ATU)

Carmen Silvia dos Santos

Conselho Editorial

Prof. Dr. José A. R. Gontijo

HISTÓRIA E SAÚDE

Prof. Dr. Antonio de A. Barros Filho

Prof. Dr. Sérgio Luiz Saboya Arruda

TEMA DO MÊS

Profª. Dra. Sara T. Olalla Saad

Prof. Dr. José Dirceu Ribeiro

BIOÉTICA E LEGISLAÇÃO

Profª. Dra. Carmem Bertuzzo

Prof. Dr. Sebastião Araújo

DIRETRIZES E CONDUTAS

Profª. Dra. Laura Sterian Ward

ENSINO E SAÚDE

Profª. Dra. Angélica M. B. Zeferino

Profª. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas

Profª. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

SAÚDE E SOCIEDADE

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

RESPONSÁVEL Silvia Motta CONRERP 237

EQUIPE Claudia Ap. Reis da Silva, Edmilson

Montalti, Edson Luis Vertu, Marilza Coelho

Borges

PROJETO GRÁFICO Ana Basaglia

DIAGRAMAÇÃO/ ILUSTRAÇÃO Emilton B. Oliveira

REVISÃO Elaine de Fátima Alcará Corradello

TIRAGEM 1.500 EXEMPLARES

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

SUGESTÕES jornalrp@fcm.unicamp.br

TELEFONE (19) 3788-8049

O *Boletim da FCM* é uma publicação mensal da

Assessoria de Relações Públicas da Faculdade de

Ciências Médicas (FCM) da Universidade

Estadual de Campinas (Unicamp)